

# Desigualdad de Género en el Cuidado Informal de Grandes Dependientes y su Impacto en la Salud

Autores:

Margarita Victoria Pérez Meléndez<sup>1</sup>, José Miguel Morales Asencio<sup>2</sup>.

(1) Enfermera y postgraduada en Igualdad y Género por la UMA.

(2) Enfermero, licenciado en Antropología y doctor en economía de la salud. Profesor y director del Departamento del Enfermería y Podología en la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga.

## Palabras clave

Cuidado informal, desigualdades de género, desigualdades en salud, sobrecarga, calidad de vida.

## Resumen:

Antecedentes: El cuidado continuado de personas dependientes recae en la familia constituyendo la principal prestadora de cuidados mientras que el sistema sanitario y los servicios sociales siguen reservando su actuación para los episodios agudos. La gran mayoría de las veces los cuidados recaen en una sola persona que toma el rol del cuidador o cuidadora principal, que debido a la conciencia cultural colectiva se vincula a lo maternal y al rol reproductivo, por lo que, la mayoría de las mujeres asumen este trabajo no remunerado e invisibilizado como una responsabilidad del ámbito privado que se debe ofrecer de manera natural por el género femenino.

Objetivos: Caracterizar el perfil de cuidadores/as de grandes dependientes en Málaga, la sobrecarga y los problemas de salud mental – emocional (depresión, ansiedad) en los cuidadores/as de grandes dependientes y analizar las posibles diferencias en estos parámetros por razón de género.

Métodos: Se trata de un estudio cuantitativo transversal analítico y la población de estudio son personas que proporcionan el cuidado informal de pacientes grandes dependientes del Distrito Sanitario de Málaga. Se recogió variables sociodemográficas y de caracterización, así como de sobrecarga de cuidadores, salud emocional y características de los pacientes a los que cuidan.

Resultados principales. Se obtuvo diferencias por sexo estadísticamente significativas en las variables de ocupación, renta mensual y duración del cuidado. Se comprobó, también la correlación positiva existente entre el índice de esfuerzo del cuidador y la ansiedad y entre la sobrecarga del cuidador y el nivel de depresión.

Conclusiones. En el cuidado informal existen desigualdades de género, socioeconómicas y de salud. Los resultados deducen que el coste que asumen las mujeres por el hecho de cuidar es elevado en salud mental-emocional, salud cardiovascular y en oportunidades de desarrollarse profesional y personalmente, además de recudir sus redes de apoyos.



## Introducción

En los últimos años, el interés por el cuidado informal ha aumentado en el campo de la investigación de manera considerable y se ha convertido en el centro del debate de las políticas sociales y de bienestar<sup>1</sup>. Esto se debe, en primer lugar, al aumento de la población en edad geriátrica (mayor longevidad y la expectativa de vida) que supone un mayor número de personas con enfermedades crónicas y discapacidad física y/o psíquica y, por tanto, el aumento de la demanda de cuidados y la complejidad y exigencia en su prestación<sup>2,6</sup>, además de promover desventajas sociales y económicas.

En segundo lugar, aumenta la necesidad de personas que dedican cuidados en el ámbito familiar<sup>2</sup>, debido a la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral (principales cuidadoras) y, sin embargo, la incorporación de los hombres al trabajo reproductivo se está desarrollando a un ritmo mucho más lento, que resulta un factor crítico<sup>3,5</sup>, además de otros cambios en la estructura familiar. Los cuidados recaen en una sola persona que toma el rol del cuidador o cuidadora principal. Debido a que la conciencia cultural colectiva establece la vinculación del cuidado a algo maternal asociado al rol reproductivo, la mayoría de las mujeres siguen asumiendo la responsabilidad de cuidar como algo que debe darse de manera natural, lo cual supone una invisibilidad del género femenino que dificulta su reconocimiento en el cuidado informal<sup>3,4,5</sup> y, a su vez, afecta a la visibilidad y reconocimiento social del cuidado informal<sup>3</sup>. Todo ello está poniendo en cuestionamiento la futura disponibilidad de cuidadoras informales<sup>6</sup>.

Por último, las reformas de los sistemas sanitarios ponen un mayor énfasis en la atención a la salud en el propio entorno familiar, convirtiéndolo en un escenario de la atención sanitaria donde confluyen el sistema profesional y el informal<sup>3,5</sup>, con lo que suponen más cuidados y más complejos, cuando la mayoría de las veces, por no decir siempre, no tienen el conocimiento, la información ni las aptitudes para asumir estas funciones<sup>7</sup>. No obstante, los servicios formales participan de forma minoritaria. Según La Parra<sup>8</sup>, del conjunto de horas trabajadas en favor de las personas enfermas en la sociedad española los profesionales sanitarios realizan un 12%, mientras que los familiares se encargan del 88% restante.

Las desigualdades de género en el cuidado informal no solo se establece en relación a la proporción de hombres y mujeres que asumen el papel de cuidadores, también hay inequidades en la forma de asumir el cuidado<sup>4</sup> y en las propias características del cuidado (tipos de cuidado, dedicación diaria, duración de rol como cuidadora)<sup>6</sup>. La evidencia no es tan concluyente acerca de las desigualdades de género en el impacto en salud, aunque los hallazgos indican que son las desigualdades de género en las condiciones en las que se prestan los cuidados las que podrían condicionar un mayor impacto de cuidar en la salud de las mujeres (Navaie-Waliser, 2002, citado por Larrañaga, 2008)<sup>3</sup>. Todo ello conlleva dificultades frente a la posibilidad de insertarse de modo igualitario en el ámbito laboral, social y económico de la sociedad<sup>2</sup>.

Gran parte de las investigaciones se centran en el análisis de la sobrecarga de la cuidadora/or, que es un concepto multidimensional que considera la tensión existente en los aspectos emocionales, físicos, sociales y económicos de la vida de las personas cuidadoras<sup>2,7</sup>. Del mismo modo, se documentan efectos adversos en la salud y la



calidad de vida del o de la cuidador/a, en el plano físico (enfermedades crónicas, cefaleas, dorsalgia, dolores articulares y fatigas) y en el plano emocional (problemas psicoafectivos, cansancio, depresión, insomnio y descuido de la imagen corporal, entre otras<sup>2, 9</sup>) cuyo impacto negativo es más intenso y evidente sobre la esfera psicológica que sobre la dimensión física<sup>1, 6</sup>.

El propósito de este trabajo, por tanto, es conocer el problema de salud pública y social debido a las desigualdad de género y social que el cuidado informal conlleva, preocupándonos por establecer el perfil típico del cuidador o cuidadora, la sobrecarga que le provoca el cuidado y el impacto que todo ello provoca en su salud física y emocional.

## Material y Método

El estudio es cuantitativo con un diseño transversal analítico. La población de estudio han sido personas que ejercen el cuidado informal de grandes dependientes en el Distrito Sanitario de Málaga. Se ha decidido tomar esta población debido a que es la que mayor impacto potencial recibe por desempeñar esta función. Para ello, los sujetos incluidos en el estudio han sido cuidadores/as informales de pacientes del Distrito sanitario de Málaga que han presentado la solicitud de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia), cuyos beneficiarios de los cuidados tienen grados elevados de dependencia (Barthel1 < 55 puntos; dependencia total o severa) y no hayan tenido ayudas similares anteriores.

Como criterios de exclusión se definieron aquellos pacientes que tengan un Barthel mayor a 55 puntos o que hayan disfrutado anteriormente de alguna ayuda similar a la ley de dependencia.

Los sujetos de estudios fueron captados a partir de la recepción de la solicitud de la ley de dependencia en el Distrito Sanitario de Málaga. Se contactó por vía telefónica con la cuidadora proponiéndole participar en la investigación. Los datos se recogieron mediante una visita a domicilio, previamente concertada. Una vez allí, se les dio la información pertinente para que pueda decidir si participaban en la investigación y se firmaba el consentimiento informado.

### *Objetivos*

- a) Caracterizar el perfil de cuidadores/as de grandes dependientes en Málaga.
- b) Describir los problemas de salud mental – emocional (depresión, ansiedad) en los cuidadores/as de grandes dependientes.
- c) Describir la sobrecarga de los cuidadores/as de grandes dependientes.

---

1 El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.



- d) Describir la salud física y estilos de vida de los cuidadores/as de grandes dependientes.
- e) Analizar las posibles diferencias en estos parámetros por razón de género
- f) Analizar la relación entre sobrecarga y salud mental – emocional.

#### Análisis de datos

Análisis descriptivo y exploratorio: se realizó estadística descriptiva de las variables, obteniendo medidas de tendencia central y dispersión o porcentajes, según la naturaleza de las mismas y se evaluó la normalidad de la distribución de todas mediante test de Kolmogorov-Smirnov y test de Shapiro-Wilk, así como la comprobación de la asimetría y curtosis de las distribuciones.

Análisis bivalente: se realizó contraste mediante prueba de chi cuadrado y estadísticos de Mantel-Haenszel, con corrección exacta de Fisher en los casos necesarios. En todos los parámetros, se estimó su precisión mediante el cálculo de intervalos de confianza al 95%. Para variables continuas, se realizó análisis bivalente mediante t de Student para muestras independientes si seguían distribución normal. En caso de distribución distinta a la normal, se emplearon pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y test de Wilcoxon). Se llevaron también a cabo análisis correlacionales entre niveles de sobre-esfuerzo del cuidador y salud emocional, mediante correlaciones paramétricas (r de Pearson) y no paramétricas (rho de Spearman).

## Resultados

### Caracterización de las personas cuidadoras

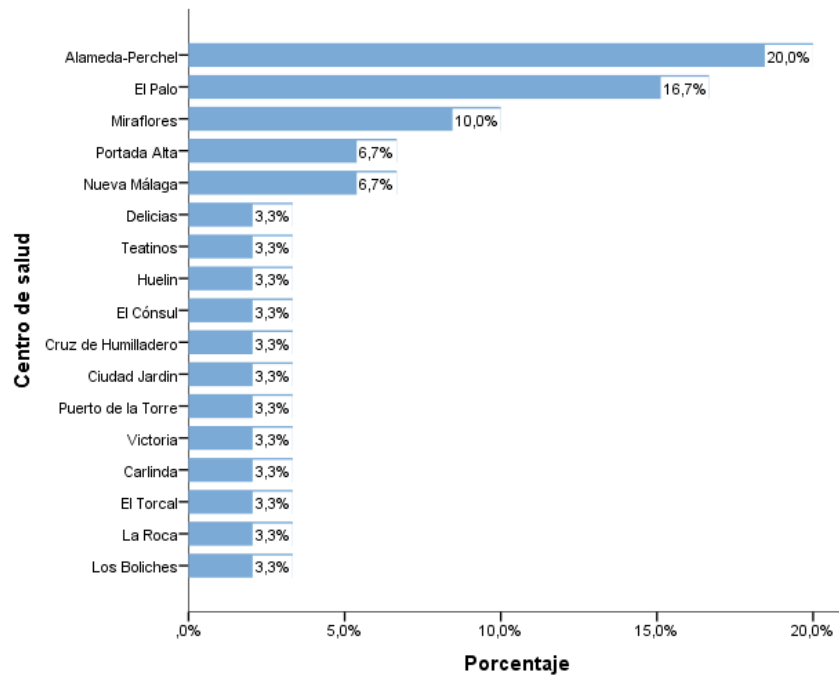
Mediante el análisis de los datos se ha obtenido las siguientes características sociodemográficas de las personas cuidadoras y su estado de salud.

La muestra del estudio se ha compuesto de 30 cuidadores, de los cuales 21 (70%) son mujeres y 9 (30%) hombres (Tabla I). La edad media de las personas prestadora de cuidados es de 58,53 años con una desviación típica de 15,8, con edades comprendidas entre 26 y 82 años, con medias muy similares entre hombres y mujeres y sin diferencias significativas ( $p=0.905$ ).

Tabla I	Sexo	Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	21	70,0	70,0	70,0
	Varón	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

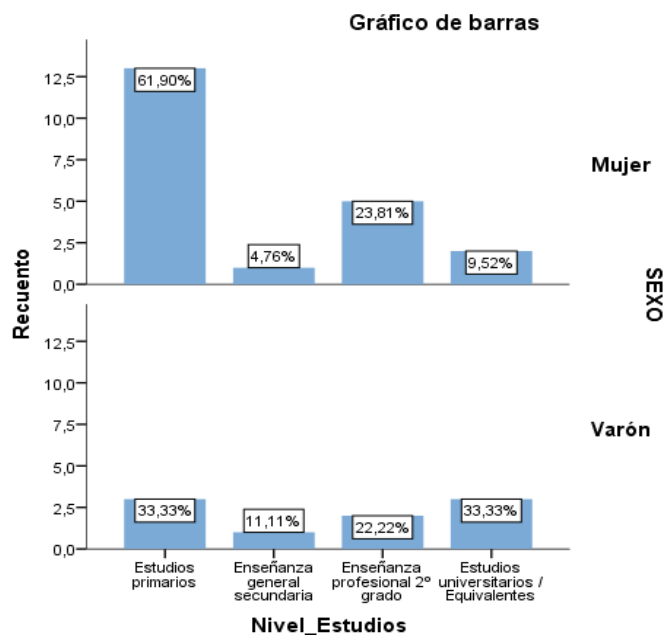
Los Centros de Salud participantes, se muestran en la Figura 1:





**Figura 1. Distribución de personas por Centro de Salud.**

En la muestra, 16 personas (53%) tienen estudios primarios, 7 (23,3%) tienen enseñanza profesional y solo 5 (16,7%) cursaron estudios universitarios y 2 (6,7%) cursó hasta enseñanza general secundaria, que serían las categorías menos representadas. De los sujetos, 3 de los hombres (33, 3%) tienen estudios primarios y otros 3 (33, 3%) estudios universitarios, mientras que 13 de las mujeres (61,95%) tienen estudios primarios y solo 2 (9,5%) tienen estudios universitarios. Los datos se pueden ver en la figura 2, sin que hubiera diferencias significativas por sexos ( $p=0,321$ ).

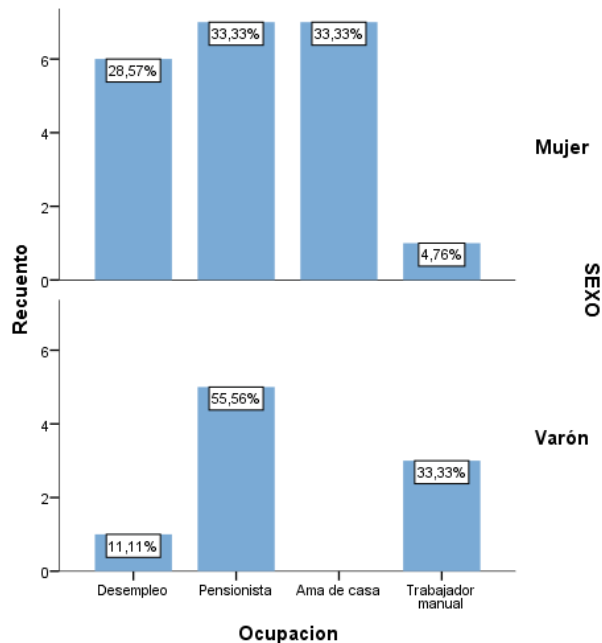


$p=0.321$



### Figura 2. Distribución de personas en función del sexo y su nivel de estudio.

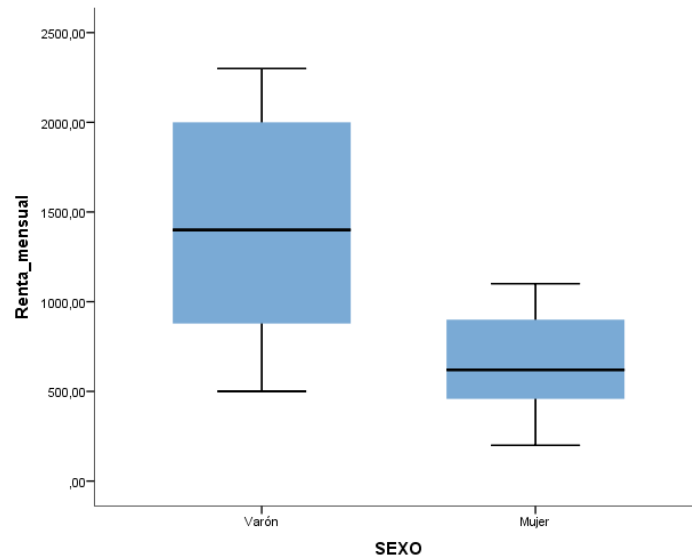
En cuanto a la ocupación, 12 de los sujetos (40%) son pensionistas (55,6% hombres; 33,3% mujeres), 7 (23%) están en el desempleo (11,1% hombres; 28,6% mujeres), 4 (13,3%) trabajadores manuales (33,3% hombres; 4,8% mujeres) y, por último, 7 serían amas de casa (23,3%), siendo todas mujeres y no recibiendo remuneración por la actividad que realizan (Figura 3). Estas diferencias fueron significativas ( $p=0.037$ ).



$p=0,037$

### Figura 3. Distribución de personas en función del sexo y su ocupación.

El nivel económico de los sujetos lo obtenemos a partir de la renta mensual, de la cual se ha obtenido una media de 961,4€ al mes con una desviación típica de 585,9, entre rentas de 200 y 2300€. Por sexo se observan medias muy dispares, ya que los hombres cuentan con una renta mensual media de 1.419,62 € y las mujeres 655,91 € al mes (Figura 4). Estas diferencias fueron significativas ( $p=0.007$ ).

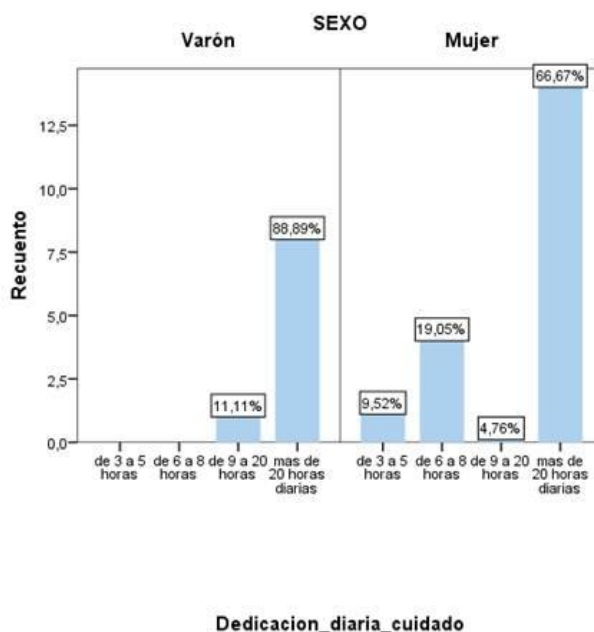


$p=0,007$

**Figura 4. Renta mensual en función del sexo.**

La media de la duración del cuidado en meses es de 40,50 meses con una desviación típica de 76,23 [ $\bar{x}$ =16,89 meses en hombres ( $DE$  26,02);  $\bar{x}$ =50,62 en mujeres ( $DE$  88,30)], siendo significativas estas diferencias ( $p=0,045$ ).

La dedicación diaria al cuidado de los pacientes por parte de los/las cuidadores/as es predominantemente de 20 horas o más, ya que 22 sujetos de la muestra (73,3%) (8 hombres; 14 mujeres), aunque esta diferencia no fue significativa ( $p=0,337$ ) (Figura 5).



$p=0,337$

**Figura 5. Distribución de personas en función del sexo y la dedicación diaria al cuidado.**



Los pacientes beneficiarios de los cuidados son 17 (56,7%) mujeres y 13 (43%) hombres y tienen una edad media de 72,53 años con una desviación típica 12,48, con edades comprendidas entre 35 y 93 años. Tienen un nivel de dependencia grave ( $M=25,83$ ,  $DE=19,93$ ) y un de deterioro cognitivo ( $M=3,15$  fallos,  $DE=2,83$ ) que, en la mayoría de los casos, no se distingue demencia.

#### Descripción de la salud física y estilos de vida de las personas cuidadoras

La salud cardiovascular de las personas cuidadoras se reflejan mediante medidas de los factores de riesgo vascular y los hábitos de vida como la dieta, el ejercicio y hábitos nocivos. Las/os cuidadoras/es presentan un peso medio de 74,27 Kg ( $DE=17,13$ ) ( $M=74,94$  Kg en hombres;  $\bar{x}=73,98$  Kg en mujeres), una talla media de 1,62m ( $DE=0,107$ ) ( $\bar{x}=1,72$  m en hombres;  $\bar{x}=1,57$  m en mujeres), con lo que obtenemos un IMC medio de 28,46 ( $DE=7,18$ ) ( $\bar{x}=25,37$  en hombres;  $\bar{x}=29,78$  en mujeres), lo que indica una preobesidad y un perímetro abdominal medio de 98,06cm ( $DE=15,17$ ) ( $\bar{x}=94,4$  cm en hombres;  $\bar{x}=99,61$  cm en mujeres), que es una media que supone riesgo para la salud cardiovascular. La tensión arterial media es de 131,8 mmHg ( $DE=20,72$ ) – 76,96 mmHg ( $DE=11,35$ ) (sistólica y diastólica, respectivamente) ( $M=129,22$  - 75,56 mmHg en hombres;  $\bar{x}=132,90$  - 77,52 mmHg en mujeres) y una frecuencia cardiaca media de 74,4 ppm ( $DE=9,57$ ), medias similares entre hombres y mujeres, que supone un buen resultado en ambos casos. No se detectaron diferencias significativas entre ambos sexos en estos parámetros (Tabla II).

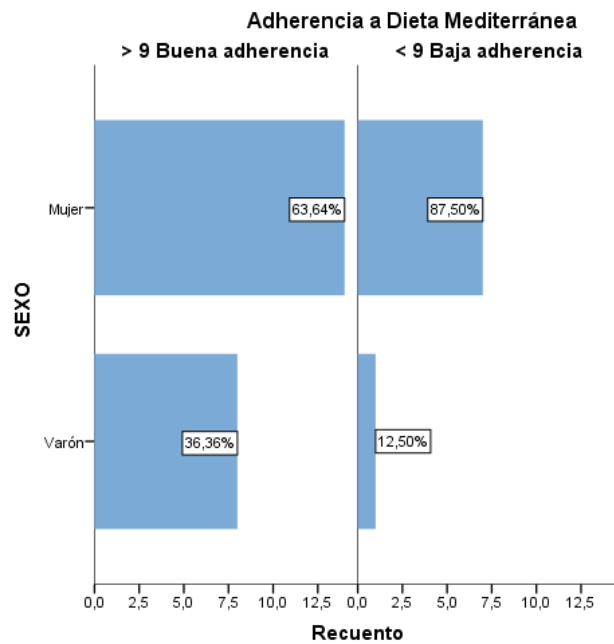
Tabla II: Diferencias en parámetros de salud cardiovascular

	Media		Desviación típ.		p
	Varón (n=8)	Mujer (n=21)	Varón	Mujer	
EDAD	58,00	58,14	20,52	14,37	0,905
Tensión sistólica	129,22	132,90	15,09	22,96	0,756
Tensión diastólica	75,56	77,52	15,94	9,16	0,422
Frecuencia cardiaca	74,89	74,19	11,01	9,17	0,965
Perímetro abdominal	94,44	99,61	9,23	17,07	0,504
IMC	25,37	29,78	4,05	7,87	0,056

Con respecto a la dieta, se ha obtenido que 22 sujetos (73,3%) (8 hombres; 14 mujeres) de las personas cuidadoras presentan buena adherencia a la dieta mediterránea, es decir, más de la mitad de la muestra siguen una dieta saludable que ayuda a reducir los riesgos de enfermedades cardiovasculares (Figura 6). No se detectaron diferencias por sexos en cuanto a la adherencia a dieta mediterránea ( $p=0,374$ ).



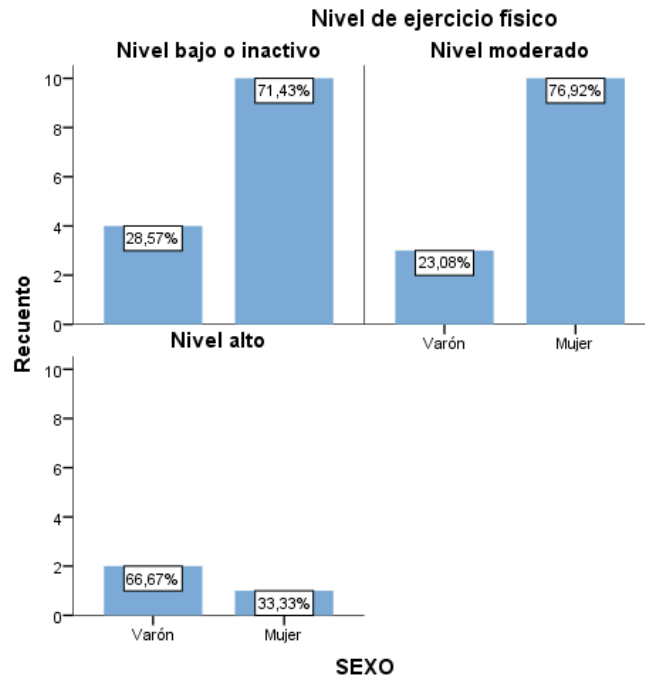




$p=0,374$

**Figura 6. Distribución de personas en función del sexo y la adherencia a la dieta mediterránea.**

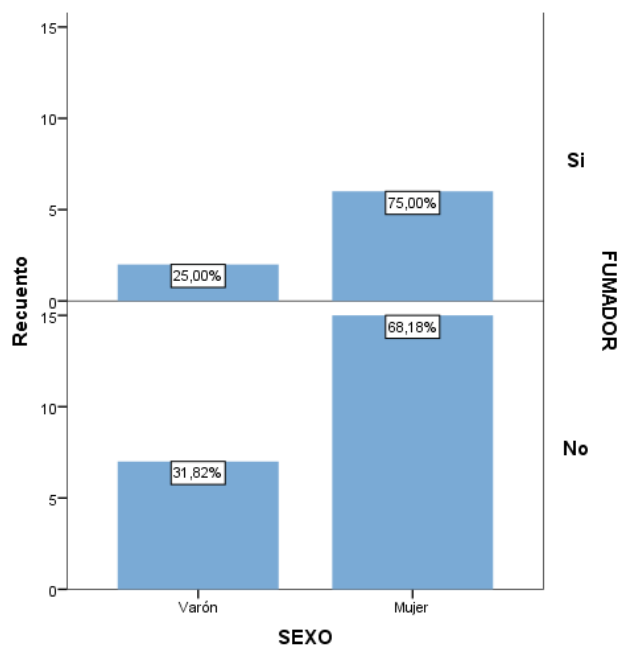
Una parte también importante para reducir este tipo de enfermedades es el ejercicio físico que se lleva a cabo y, en este caso, 14 de los sujetos (46,7%) (4 hombres; 10 mujeres) tiene un nivel bajo o inactivo de ejercicio físico, 13 personas de la muestra (43,3%) (3 hombres; 10 mujeres) realiza un ejercicio moderado y solo 3 sujetos (10%) de todas las personas cuidadoras realizan un ejercicio alto (2 hombres; 1 mujeres) (Figura 7). Estas diferencias no fueron significativas ( $p=0,328$ ).



$p=0.328$

**Figura 7. Distribución de personas en función del sexo y nivel de ejercicio físico.**

Quizás sea el tabaquismo uno de los mayores factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, por tanto, lo hemos tenido en cuenta en este estudio y es así que hemos obtenido que solo 8 personas (26,7%) sí son fumadores (2 hombres; 6 mujeres). Estas diferencias no fueron significativas ( $p=0,508$ ).



$p=0,508$



### Figura 8. Distribución de personas en función del sexo y el tabaquismo.

Salud emocional y nivel de esfuerzo y sobrecarga en el rol de cuidador  
Otra dimensión importante en la salud de las personas cuidadoras es el sobre esfuerzo que le produce ejercer el cuidado informal. En nuestro estudio se ha obtenido una puntuación media en el IEC (Índice del Esfuerzo del Cuidador) de 7,53 puntos ( $DE=2,98$ ) ( $M=8$  puntos en hombres;  $M=7,33$  puntos en mujeres) lo que supone estar ligeramente por encima del punto de corte que sugiere un nivel elevado de esfuerzo (Tabla III). Las diferencias en este aspecto no fueron significativas ( $p=0.594$ ).

Respecto a la salud mental y emocional, la mayoría de los sujetos han presentado signos de ansiedad (Escala Goldberg  $\bar{x}=4,6$ ,  $DE=2,89$ ) y síntomas mínimos de depresión y depresión menor (PHQ-9  $M=9,97$ ,  $DE=7,43$  puntos) siendo la media de los hombres ligeramente superior a la de las mujeres, tanto en la escala de ansiedad, como en la de depresión, aunque estas diferencias no fueron significativas (Tabla III).

Tabla III: Diferencias por género en salud emocional y sobrecarga

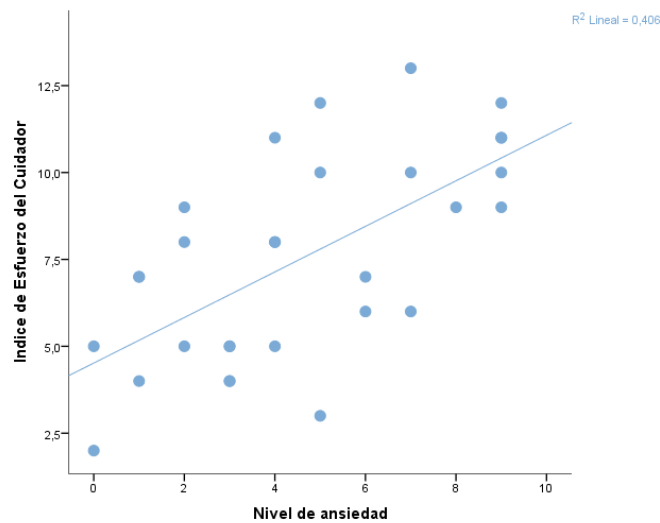
	Media		Desviación típ.		p
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	
PHQ-9	11,78	9,19	3,993	8,465	0.263
Nivel de ansiedad	5,22	4,33	2,635	3,022	0.372
Índice de Esfuerzo del Cuidador	8,00	7,33	3,000	3,022	0.594

Recopilando, el perfil de la persona cuidadora más representado en la muestra es el de una mujer de unos 58 años, con estudios primarios y pensionista y/o ama de casa que cuenta con una renta mensual de 655,91€, es decir, con un nivel socioeconómico bajo – medio. Dedicar más de 20 horas diarias al cuidado de su familiar, por lo que, conviven en el mismo hogar y lleva un periodo de 4,21 años proporcionando cuidados. Con respecto a su salud, la cuidadora presenta sobrepeso y un perímetro abdominal de 99,61 cm, lo que supone factores de riesgo cardiovascular importantes. Tiene una tensión arterial y una frecuencia cardiaca dentro de los límites normales. En cuanto a los hábitos saludables, mantiene buena adherencia a la dieta mediterránea y no presenta hábitos nocivos, aunque tiene un nivel bajo o inactivo de ejercicio físico, que afecta también a su salud cardiovascular. Su salud mental – emocional se ve afectada presentando síntomas de ansiedad y síntomas mínimos de depresión o una depresión menor, además de un nivel elevado de sobrecarga o sobre esfuerzo de cuidadora.

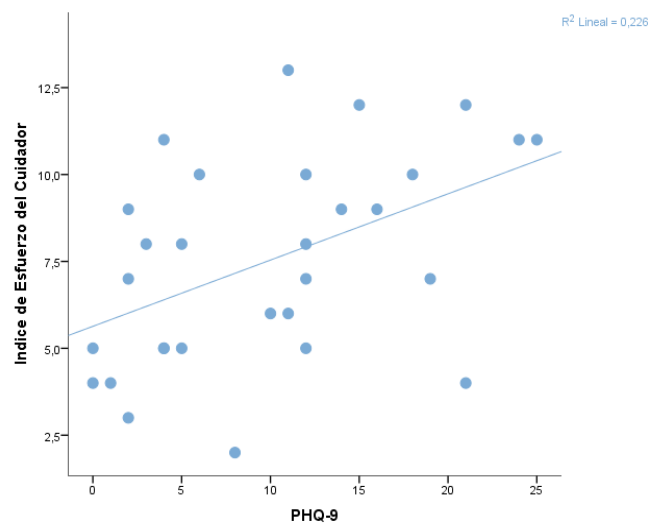
Cansancio del rol del cuidador y salud mental



Se analizó la correlación entre el cansancio en el rol de cuidador y la salud emocional de los cuidadores, detectándose una correlación positiva entre el IEC y la ansiedad:  $\rho=0.637$   $p<0.0001$ .



Igualmente, la correlación entre el cansancio en el rol de cuidador y el nivel de depresión mostró una correlación moderada positiva:  $\rho=0.497$   $p=0.006$ :



## Discusión

Sin vacilación, la caracterización del perfil de esta muestra coincide en características como sexo, edad, nivel socioeconómico, ocupación, duración del cuidado, dedicación del cuidado, niveles de sobrecarga del cuidado, síntomas de ansiedad y de depresión con estudios nacionales, como los efectuados por García-Calvente *et al.*<sup>3, 5, 6, 20</sup>; Larrañaga *et al.*<sup>9</sup>; Masanet, La Parra<sup>1,21</sup>; La Parra<sup>8</sup>; y algunos internacionales<sup>2, 4</sup>. Ya que, cuando se habla del cuidado informal, el papel de cuidadora principal siempre es asumido por mujeres en edades de llevar a cabo acciones preventivas para evitar el desarrollo de enfermedades crónicas, físicas o psicológicas que, en muchas ocasiones, puede derivarse del mismo cuidado informal<sup>22</sup>.



En definitiva, “actualmente se puede asumir que el cuidado informal se resuelve fundamentalmente a costa del trabajo y el tiempo de las mujeres” pero de las mujeres de menor nivel educativos, sin empleo y de niveles inferiores de clase social, que serían las que configuran el gran colectivo de cuidadoras informales<sup>5</sup>.

En este estudio, las diferencias de género no sólo han sido evidentes en la proporción de mujeres y hombres que asumen el papel de cuidadores, sino también diferencias obtenidas con significación estadística en el componente de ocupación, duración del cuidado y renta mensual. Con respecto a la ocupación, en el estudio de Masanet y La Parra<sup>1</sup>, se establece la importancia de esta variable, ya que las personas no ocupadas con bajos ingresos se dedican de forma más intensa a los cuidados de salud y son ambas variables las que han destacado en nuestra muestra. No obstante, también se han encontrado más diferencias en función del género en diversas investigaciones.

En un estudio llevado a cabo por Larrañaga *et al.*<sup>9</sup>, se establecen diferencias según el sexo en cuanto a las características de los cuidados, en su intensidad y frecuencia, de manera que las mujeres cuidan de forma permanente a los familiares con elevada dependencia en mayor proporción que los hombres y la carga asumida por las mujeres era significativamente mayor que la asumida por los hombres. También se afirman que sobre las mujeres recaen más y mayores demandas de cuidados y la asistencia que proporcionan es generalmente más intensa en tiempo y esfuerzo.

En varios estudios de García-Calvente *et al.*<sup>3, 5, 6</sup> se afirma que, además de ser evidente en la mayor proporción de mujeres cuidadoras que hombres cuidadores, también existen diferencias en las propias características del cuidado, ya que las mujeres cuidadoras asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención personal e instrumentales y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia, es decir, asumen los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen una mayor dedicación. Las mujeres cuidadoras ofrecen formas más intensas y complejas de cuidado, enfrentan más dificultades para cuidar y tienen que conciliar con más frecuencia el cuidado con otras responsabilidades familiares y laborales, en comparación con los hombres cuidadores.

En cuestión del impacto que el cuidado informal tiene sobre la salud de las personas cuidadoras, la mayor parte de la muestra ha presentado un nivel elevado de sobrecarga o sobreesfuerzo del cuidado. La sobrecarga lleva a menos descanso, menos horas de sueño, menos tiempo de ocio, afectando la salud mental e incrementa los riesgos de salud cardiovascular<sup>1, 5</sup>. La salud mental – emocional de los/las cuidadores/as de nuestro estudio muestran estados de ansiedad y síntomas mínimos de depresión o depresión menor y presentan riesgos para la salud cardiovascular, como son el sobrepeso y un nivel bajo o inactivo de ejercicio físico; según algunos estudios, ambos sexos con sobrecargas de cuidados elevadas perciben una peor salud en comparación con las personas no cuidadoras<sup>1, 9</sup>. De acuerdo con esto, en nuestros resultados se muestra correlación moderada positiva entre la sobrecarga y la salud mental con significación estadística. El impacto de cuidar se vuelve, por tanto, un factor de riesgo para la salud de aquellos que cuidan, tanto físico como mentalmente<sup>4</sup>.

Esta influencia del rol de cuidados en la salud de la persona que lleva a cabo esta función está bien documentada y nuestros resultados coinciden con la mayoría de



estudios publicados al respecto, en los que la depresión aparece como el factor más determinante de la salud física de los cuidadores, frente a la población general, acentuándose en cuidadores de pacientes con demencia o trastornos de conducta<sup>23, 24, 25, 26</sup>. Incluso, se han publicado resultados que muestran cómo cuidar de un ser querido más de 9 horas a la semana, casi duplica el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares<sup>27</sup>.

En estas variables no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por razón de género, sin embargo, en otros estudios<sup>2, 9</sup>, se establece que las mujeres presentan casi dos veces más sobrecarga que los hombres cuidadores, con un impacto negativo mayor sobre la salud mental y física en las mujeres respecto a los hombres cuidadores<sup>5, 6, 28</sup> y que, según Larrañaga *et al*<sup>9</sup>, se explicaría por la mayor dedicación femenina al cuidado. Por tanto, cuando los hombres y las mujeres asumen elevadas cargas de cuidado por igual, los resultados muestran que las diferencias según el sexo disminuyen o desaparecen y el riesgo de deterioro de la calidad de vida aumenta para ambos<sup>1, 9</sup>. En otro estudio, se establece que el diferente impacto del cuidar sobre la salud y calidad de vida, se debe a las distintas oportunidades que tienen los hombres y las mujeres de utilizar mecanismos de amortiguación del estrés (disposición de tiempo y espacio propio)<sup>28</sup>. También se obtuvieron hallazgos en otro estudio que indican que son las desigualdades de género en las condiciones en las que se prestan los cuidados (más horas, más tareas demandantes), en acceso y control a los recursos materiales y simbólicos (mayor obligación social de cuidar, menor capacidad de elección real) y en costes de oportunidad, las que podrían condicionar un mayor impacto de cuidar en la salud de las mujeres, además de existir desigualdades de género cuantitativas (cantidad de cuidados), existen desigualdades cualitativas, es decir, en el tipo y la forma en que se cuida<sup>3</sup>. Posiblemente, la reducida muestra de nuestro estudio explica la ausencia de diferencias en este sentido.

La literatura sobre este tema también refleja el impacto del cuidado informal sobre las relaciones sociales, las actividades de ocio y el ámbito laboral. Una de las consecuencias más frecuentes de cuidar es el abandono, temporal o definitivo, del trabajo remunerado y añadir los casos en el que el cuidar ha impedido a la cuidadora acceder a un empleo. También la alta dedicación a los cuidados conlleva una restricción de la vida social de las cuidadoras, disminuyendo las posibilidades de salir con amigos, de relacionarse con familiares, de recibir o realizar visitas<sup>5, 6</sup>, disminuyendo así la calidad de vida de las personas cuidadoras en términos de vida social y tiempo de ocio, así como la autoestima y su red de apoyo social<sup>28</sup>.

La carga diferenciada en la distribución del papel de cuidadores entre hombres y mujeres y la presencia del género femenino en el cuidado es un hecho y esto se debe a que la función social, educativa, laboral y de poder de la familia ha sido determinante en la perpetuación del rol de cuidadora asumida por la mujer<sup>4, 28</sup>. El cuidado se considera algo inherente a toda cultura y es la mujer quien a lo largo de la historia ha sido la responsable de velar por la salud familiar. Esta lo asume como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto, socialmente a un costo alto, una responsabilidad, tarea impuesta, deber sancionable no valorado, ni remunerada, hasta el momento en que estos cuidados no son asumidos. Mientras en el género masculino el cuidado se da como una opción, lo que supone una diferente valoración social con sesgo de género<sup>4</sup>. Por tanto, se confirma la permanencia de valores y normas que



vinculan a las mujeres con la función de cuidado y que forma parte de los roles de género asignados socialmente.

### Conclusiones

En el cuidado informal existen desigualdades de género, socioeconómicas y de salud. La proporción de mujeres cuidadoras en la muestra es mayor que la de los hombres y esto junto con las diferencias obtenidas en la ocupación, la renta mensual, la duración del cuidado y la correlación positiva entre el índice de esfuerzo del cuidador y la salud mental de los cuidadores (ansiedad y depresión), deducen que el coste que asumen las mujeres por el hecho de cuidar es elevado en salud mental – emocional, salud cardiovascular y en oportunidades de desarrollarse profesional y personalmente. El cuidado informal es, por tanto, asociado aún a lo femenino, a las amas de casa con escaso nivel económico, que debido al tiempo que ocupan proporcionando cuidados impide su acceso al mundo laboral y mejorar su nivel socioeconómico.

En definitiva, este trabajo quiere sumar y contribuir en el conocimiento sobre la desigualdad de género en el cuidado informal, el impacto que tiene en las personas que lo ejercen, en este caso específicamente en la salud, y la importancia del enfoque de género tanto para crear como para llevar a cabo los instrumentos que se utilizan en la actualidad.

### Bibliografía

1. Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 257-266.
2. Jofré Aravena V, Sanhueza Alvarado O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc. enferm.* 2010 Dic; 16(3): 111-120.
3. García-Calvente MdM, Lozano MdR, Eguigure AP. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak Revista de Sociología* 2007(44): 291-308.
4. Vaquero Rodríguez S, Stiepovich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc. enferm.* 2010 Ago; 16(2): 17-24.
5. García-Calvente MdM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18 (supl 2): 83-92.
6. García-Calvente MdM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004; 18 (supl 1): 132-9.
7. Leal MI, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36 (2): 63-69.
8. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit* 2001; 15 (6): 498-505.
9. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria* 2008; 22(5):443-450.
10. PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs. Robert I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with educational grant from Pfizer Inc. For research information contact Dr. Spitzer at rls8@columbia.edu. Use of the PHQ-9 may only be made in



accordance with the Terms of Use available at <http://www.pfizer.com>. Copyright 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc.

11. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *Br Med J* (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53.
12. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-349.
13. López Alonso SR, Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun* 2005; 1(1).
14. Modificado de: Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherent to a mediterranean diet and survival in a greek population. *N Engl J Med* 2003; 348: 2.599 – 2.608.
15. USA Spanish version translated 3/2003- SHORT LAST 7 DAYS SELF-ADMINISTERED version of the IPAQ – Revised August.
16. 2002 Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med*, 1.965; 14: 61-5.
17. Baztán, J.J, González, J.I, & del Ser, T. Escala de actividades de la vida diaria. En T., del Ser y J., Peña-Casanova (eds.) *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*, 1994; 137-1.
18. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr CH, Chance JM, Filos S. Measurement of Functional Activities in Older Adults in the Community. *Journal of Gerontology* 1982; 37(2): 323-9.
19. Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onis MC, Aguado C, Albert C y Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *MedClin*, 2001; 117: 129-34.
20. García – Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud: investigación cuantitativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999; 4:124- 135.
21. Masanet E, La Parra D. Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras. *RES*, 2009; 11: 13-31.
22. Espín Andrade Ana Margarita. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública*, 2008 Sep; 34(3): 1-12.
23. Pinguart M, Sorensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62(2):P126-37.
24. Pinguart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003; 18(2):250-67.
25. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003; 129(6):946-72.
26. Torti FM Jr, Gwyther LP, Reed SD, Friedman JY, Schulman KA. A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004; 18(2):99-109.
27. Lee S, Colditz GA, Berkman LF, Kawachi I. Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: a prospective study. *Am J Prev Med*. 2003; 24(2):113-9.
28. Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009; 27(1): 50-55.

